

Milena Vainieri

✘ Dopo due anni di discussione su un nuovo sistema di finanziamento dei sistemi sanitari regionali si scopre che il “costo standard” c’era già: la quota capitaria.

Il 7 ottobre scorso il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema di decreto legislativo sui costi standard della sanità regionale e sull’autonomia impositiva delle Regioni. Tale decreto accorpa in un solo provvedimento quelli che erano stati concepiti inizialmente come tre distinti decreti: quello sui costi standard della sanità, quello sull’autonomia impositiva delle Regioni e quella sul fisco provinciale. Al termine della riunione grande soddisfazione è stata espressa dal ministro Calderoli che ha affermato: «Il federalismo fiscale è l’unica strada possibile per controllare la spesa pubblica, mettersi di traverso sarebbe un peccato mortale. **Dalla spesa storica si passa ai costi standard**».

E’ da circa due anni che si discute di costi standard, la “pallottola magica” per risolvere i problemi della sanità in un’ottica federalista. **Il concetto di fondo, sostenuto dai vari membri del governo, è quello che bisogna superare il sistema di finanziamento della sanità regionale basato sulla spesa storica. “ Solo il passaggio dal costo storico al costo standard può favorire un riequilibrio del sistema ”** affermava il ministro Sacconi nel settembre 2008 a un convegno del PDL.

Il ragionamento aveva una sua forza persuasiva, anche per il suo continuo martellamento, se non fosse che **il principio del finanziamento dei sistemi sanitari regionali basato sulla spesa storica, introdotto con la Legge 833/78, era già stato formalmente abbandonato con la Legge 502/92 con l’introduzione del finanziamento a quota capitaria**, ovvero proporzionato al numero degli abitanti. **La Legge di riforma del 1992 aveva quindi già introdotto il concetto di “standard” (n. degli abitanti) per finanziare la sanità regionale.** Ma evidentemente questo era un metodo che si riteneva superato ed era necessario individuare altri sistemi.

Ciò che descriviamo qui di seguito è il percorso che è stato seguito negli ultimi due anni alla

ricerca di una soluzione, per arrivare a concludere che la maniera migliore per calcolare il “magico” costo standard è quello della tradizionale quota capitaria.

Cosa sono i costi standard e cosa comportano?

La legge 42/2009 sul federalismo fiscale introduce i costi standard all’art.2, comma 2, indicando la determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l’efficienza e l’efficacia, costituiscono l’indicatore rispetto al quale comparare e valutare l’azione pubblica. Inoltre, il costo e fabbisogno standard divengono i parametri per il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

I costi standard, quindi, determineranno per ciascuna Regione il limite di spesa ammesso e coperto dai meccanismi di autofinanziamento e di perequazione previsti.

Sebbene si parli solo di costi standard, nella legge si fa riferimento anche ai fabbisogni standard, che consentono di raggiungere gli obiettivi di salute prefissati nel rispetto di determinati livelli di efficienza (espressi appunto dal costo standard utilizzato).

Perciò prima di parlare di costi standard andrebbe dettagliato cosa si intenda per *fabbisogno standard* .

Dalle prime interpretazioni date da alcuni studiosi che hanno provato a proporre alcune formule per il calcolo dei *costi standard* , i fabbisogni standard sembrano una traduzione quali-quantitativa dei Lea ossia l’identificazione delle quantità di prestazioni da erogare e della loro tipologia. Ad esempio, nel caso dell’assistenza ospedaliera per acuti il fabbisogno standard potrebbe esser dato:

- in termini quantitativi dal numero di ricoveri dettato da un prefissato tasso di ospedalizzazione;
- in termini qualitativi, da un case mix o un peso medio DRG “obiettivo” (ad esempio, un peso medio DRG almeno pari ad 1 per far sì che determinati tipi di prestazioni vengano erogati in regime ambulatoriale).

Se, quindi, da una parte occorre affrontare il problema della determinazione di un costo “efficiente” di produzione, occorre al tempo stesso prendere in considerazione i volumi e la qualità della produzione.

Con l’introduzione dei costi (e fabbisogni) standard non vi è solo la definizione delle risorse da attribuire a ciascuna regione, ma anche l’introduzione di meccanismi di verifica sull’impiego delle risorse. Sarebbe infatti riduttivo ragionare solo in termini di fabbisogni

calcolati in base alle necessità della popolazione senza introdurre le verifiche successive su come effettivamente siano state utilizzate le risorse; ossia, se i costi sostenuti siano coerenti con i servizi resi e le risposte date ai bisogni dei cittadini.

Un primo passo verso la costruzione di un sistema di controlli che possa essere utile alla verifica del raggiungimento dei fabbisogni standard (sebbene questi debbano essere ancora definiti) può essere considerato **il set di indicatori del sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari** offerti dalle regioni, proposto dal Ministero (disponibile in [rete](#)) all'interno del Siveas e predisposto dai ricercatori del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna, Pisa .

La definizione di costo standard

Il **termine costo standard** è utilizzato nella contabilità direzionale ed è generalmente riferito ad un'unità di prodotto (output). Il costo standard complessivo dell'output deriva da una serie di standard attribuiti agli input, ossia ai fattori impiegati per produrre il prodotto (come ad esempio: le materie prime, la manodopera, le spese generali e così via). Questi standard riguardano sia le quantità che i prezzi e sono elencati nella scheda dei costi standard (*standard cost card*) [1].

L'utilizzo degli standard nella gestione porta ad un confronto dei costi e delle quantità effettive con gli standard (di costo e quantità): se le quantità o i costi si discostano in modo significativo dagli standard, i manager indagano sulle differenze per trovarne le cause ed eliminarle. Questo processo di ricerca delle cause dello scostamento attraverso l'analisi della varianza è chiamato *management by exception*.

Quali metodologie di calcolo per determinare i costi standard in sanità?

I manuali di contabilità direzionale riportano metodi analitici sui fattori produttivi per la determinazione dei costi standard: calcolo della manodopera, delle materie prime impiegate per produrre un'unità di prodotto... quali approcci sono stati utilizzati nelle prime simulazioni per il calcolo dei costi standard in sanità?

Senza voler essere esaustivi, si riporta una possibile classificazione degli approcci utilizzati in alcune proposte apparse sui quotidiani e siti di settore:

1. Approccio su dati analitici di produzione.
2. Approccio su dati aggregati di produzione.
3. Approccio conservativo.

1. Approccio su dati analitici di produzione.

L'approccio analitico sui dati di produzione può prevedere diverse tipologie al suo interno. Si può ipotizzare un'analisi sulla base dei fattori produttivi - costi di acquisto dei beni e servizi sanitari, costo del personale - oppure un'analisi su specifiche prestazioni o malattie.

La prima tipologia (analisi sulla base dei fattori produttivi) è tipicamente applicata nei contesti aziendali. Un esempio è l'applicazione in alcune asl venete [2,3] che ripropongono modalità e tecniche di contabilità analitico-direzionale sviluppatesi nei contesti manifatturieri.

Dato il livello di analiticità non è stato trovato riferimento ad articoli e simulazioni che riguardassero la determinazione dei costi o delle quantità standard a livello nazionale.

Per quanto riguarda la seconda tipologia (analisi su specifiche prestazioni o malattie) Mapelli [4] ripropone come possibile formula nell'applicazione di ripartizione delle risorse una metodologia sperimentata in Lombardia e presentata in un articolo apparso sulla rivista *Politiche sanitarie* nel 2007. Lo studio ha utilizzato i dati relativi ai ricoveri, alle prestazioni ambulatoriali ed ai farmaci della regione Lombardia.

Questa metodologia prevede una formula composta da due parti: **la prima riguarda i bisogni di salute attraverso la proporzione di malati ($\Pi * f$); la seconda attribuisce le risorse sulla base di un costo standard (p) per le prestazioni erogate per soddisfare il bisogno di salute (q).**

Perciò per ciascuna patologia, ad esempio il diabete, con la prima parte si individua, all'interno della popolazione, la percentuale di pazienti diabetici (Π) e si moltiplicherà per il ricorso ai servizi (f). La seconda parte valorizza in termini economici il ricorso ai servizi da parte dei diabetici per il costo "medio"/standard della patologia. Questo costo si basa su una quantità media di prestazioni (q) considerata appropriata in letteratura (es. n visite specialistiche, x farmaci, y ricoveri ...) moltiplicata per la tariffa (p) di ciascun servizio (tariffa specialistica, prezzo dei farmaci, DRG...).

I costi standard (p) sono rappresentati dai valori tariffari nazionali o da costi mediani delle regioni [5]. Mapelli si basa sull'assunto, presente in letteratura e poi verificato sui dati lombardi, che circa l'80%-85% della spesa sanitaria è assorbito dal 25%-35% di abitanti con malattie croniche. Per rappresentare la maggior parte della spesa (connessa ai bisogni sanitari della popolazione) bastano 15 gruppi di malattie. **Determinando uno standard di prestazioni da erogare per ciascuna delle 15 patologie si può giungere al costo**

standard per ciascuna patologia.

A questo punto il fabbisogno di risorse da destinare a ciascuna regione scaturirebbe dal prodotto tra il numero delle **n** persone con le **x** malattie in ogni regione per il costo standard delle **x** malattie.

Le critiche riportate ai sistemi analitici sono collegate alla disponibilità ed attendibilità dei dati. In particolare, per quanto riguarda l'utilizzo delle patologie nel calcolo del riparto a livello interregionale, Cislighi et al. (6) evidenziano due problematiche, entrambe relative all'attendibilità delle rilevazioni e l'efficienza dei sistemi informativi regionali.

La prima concerne l'**omogeneità delle rilevazioni sul territorio nazionale**: bisogna essere certi che i dati relativi alle patologie oggetto di analisi siano rilevate in omogeneo su tutto il territorio.

La seconda riguarda il **collegamento fra patologia e ricorso ai servizi**: molto spesso le patologie vengono riconosciute e classificate come tali solo se i servizi sanitari funzionano correttamente; questo è tanto più vero quando la prevalenza di una patologia è determinata dal tasso di ricorso ai servizi e non viceversa.

La mancanza di dati non ha reso possibile effettuare delle simulazioni a livello nazionale.

2. Approccio su dati aggregati di produzione

Sul numero 22 di *Monitor* [6] è stato proposto un metodo per la determinazione del fabbisogno e quindi dei costi. Nel metodo applicato all'assistenza ospedaliera, si propone di utilizzare un dato aggregato che viene denominato "unità di attività ospedaliera" che sintetizza tutti i ricoveri, sia acuti che di riabilitazione e di lungodegenza, sia ordinari che di day hospital attraverso un unico sistema tariffario articolato per tipologia di ricovero (considerando così la complessità) ed una normalizzazione delle attività sulla base del valore medio dei ricoveri ordinari. **Questo processo è una sorta di standardizzazione effettuata però non sulle caratteristiche del paziente ma della tipologia di servizio.**

Rispetto all'approccio precedente, il tariffario non viene utilizzato come costo standard ma come elemento sulla base del quale costruire un macro indicatore di attività che tenga conto della complessità delle singole prestazioni.

Il costo standard in questo caso si riferisce ad una prestazione "base" di attività ospedaliera chiamata unità di attività ospedaliera (il tariffario invece identifica un prezzo standard che differisce sulla base della complessità). Esemplicando: una regione con tasso di ospedalizzazione di 200 ricoveri per mille abitanti (di cui il 10% in day hospital) potrebbe, per effetto della normalizzazione, avere un numero di unità di attività ospedaliera pari a 190

per mille abitanti.

Sulla base delle analisi relative alle unità di attività ospedaliera, gli autori concludono che la definizione dello standard delle quantità debba essere demandato alle sedi di analisi di programmazione sanitaria il cui vincolo di decisione è quello economico. Sulla definizione dei costi per unità di attività ospedaliera, invece, come costo di produzione standard, gli autori indicano come criterio quello della mediana, dato non stimato perché ritengono che i dati di costo analitici non siano sufficientemente affidabili.

Un'altra proposta sui costi standard su base dati aggregate è apparsa su il *Sole 24 ore Sanità* (e su altri quotidiani nazionali), a fine luglio inizi di agosto 2009. Questa, accanto al metodo, si spingeva ad effettuare simulazioni. Nello studio [], commissionato dal gruppo Pd della Camera, disponibile [in rete](#), si legge che il metodo da applicare per determinare il costo standard si basa sul prodotto fra prestazioni e costo standard.

Le simulazioni si riferiscono all'assistenza ospedaliera e farmaceutica e utilizzano come prestazioni il numero di ricoveri (in modo aggregato) per l'assistenza ospedaliera ed il numero di ddd (*defined daily dose*) per l'assistenza farmaceutica. Il costo standard è determinato dal costo medio del ricovero e dal costo medio per ddd delle regioni italiane. Gli autori effettuano tre simulazioni, in una di queste, la differenza fra la spesa ipotetica valorizzata attraverso i costi standard e la spesa effettiva ammonta a circa 7,5 miliardi di euro: risorse che potrebbero in parte essere riallocate in altri servizi ed in parte risparmiate. Fra le critiche mosse a proposte che utilizzano dati aggregati vi è sempre la questione dell'attendibilità e disponibilità dei dati tant'è che alcuni propongono solo il metodo ma non simulazioni. Anche se si riuscisse a superare il problema della disponibilità ed attendibilità dei dati (che è comunque più limitata rispetto all'approccio analitico), vi sarebbe un'altra obiezione.

Questa riguarda il farraginoso coinvolgimento dei numerosi soggetti portatori di interesse che dovrebbero essere coinvolti chiamati ad esprimersi sulla definizione degli standard. Da qui la necessità di dover arrivare a siglare numerosi accordi tecnico-politici con il rischio di non arrivare ad una conclusione [8,9].

3. Approccio conservativo

Altre proposte [8,10,11] affermano che il modo migliore di ripartire le risorse per garantire i livelli essenziali di assistenza è quello già conosciuto della quota di costo pro-capite aggiustata per le varie componenti demografiche che possono influenzare la spesa in base alle risorse disponibili.

Fra le motivazioni riportate dai sostenitori "conservatori" del costo pro-capite vi è

il fattore dell'affidabilità e della disponibilità dei dati che non permette di effettuare altri ragionamenti. Un'altra motivazione riportata da Cislighi [10] deriva da un'interpretazione legata alla forte correlazione inversa riscontrata fra tassi di prestazione (es. tasso di ospedalizzazione) e costi di erogazione: bassi costi di erogazione sono collegati ad alti tassi di prestazione. Cislighi quindi ipotizza che sia il tasso di prestazione sia il costo non siano variabili indipendenti, ma vincolate alle risorse disponibili ossia al finanziamento ricevuto e quindi il vincolo di bilancio.

Il costo pro-capite esprime contemporaneamente sia l'aspetto dei costi di produzione sia dei volumi di prestazioni offerti però dall'altro lato. Ripropone le lunghe discussioni sulla determinazione della spesa per abitante considerando la popolazione assoluta: pesata con opportuni correttivi di differenziali di bisogno. Inoltre, non fornisce indicazioni sulla qualità e sulla rispondenza ai bisogni dei servizi prodotti che invece costituisce uno dei vantaggi della direzione per eccezioni (*management by exception*) dei sistemi a costi standard.

Pammolli e Salerno hanno recentemente sintetizzato due studi presentati dal CERM [11] proponendo il criterio del costo pro-capite associato ad un indicatore sintetico di qualità (che raggruppa 52 indicatori riportati nel quaderno Cerm 2/2009).

Nella sintesi del 2010 gli autori propongono due simulazioni.

La prima prende in considerazione un pool di regioni virtuose (cinque) sotto il profilo della programmazione finanziaria e qualità dell'offerta, e verifica la correzione di spesa che le regioni devono apportare per adeguarsi - sia nei costi che nella qualità - al benchmark delle regioni virtuose. Da questa simulazione emerge che a livello complessivo vi sarebbero 4.338 milioni di euro da poter riallocare o risparmiare.

La seconda simulazione, effettuata attraverso metodi statistici, identifica la correzione di spesa per offrire in modalità efficiente le prestazioni con il livello di qualità attualmente erogato dalle regioni. Con questa simulazione emerge che le risorse da poter riallocare/risparmiare a livello complessivo in sanità sono 11.279 milioni di euro.

Queste due ultime simulazioni, sebbene "conservative" nell'approccio della riallocazione delle risorse, introducono il concetto della verifica della qualità erogata dalle regioni.

Le prime applicazioni e le critiche mosse a queste prime simulazioni evidenziano che sono molti gli interrogativi sulle metodologie di calcolo.

Sicuramente vi è la necessità di estendere l'analisi non solo all'assistenza ospedaliera e farmaceutica ma a tutti i livelli di assistenza; come affermato da Cislighi e Moirano [12], le proposte (innovative) sui costi standard devono prendere in considerazione i setting assistenziali nel loro complesso in quanto analisi parziali potrebbero portare a conclusioni

distorte. Ma:

- come avere dei buoni risultati per tutti i livelli assistenziali se i sistemi informativi non sono in grado di supportare con sufficiente affidabilità le analisi?
- E come identificare gli standard?

Per questo ultimo interrogativo, in attesa di una definizione condivisa fra stato-regioni degli standard di qualità, volume ed efficienza, si potrebbe far riferimento alla media o mediana delle regioni virtuose (inizialmente si parlava al singolare della regione virtuosa). In questo modo si farebbe riferimento ad un livello di produttività “ottimale” ma anche raggiungibile.

- Ma come identificare le regioni virtuose?

I numerosi interrogativi e la mancanza di dati (o scarsa affidabilità degli stessi) farebbe propendere per il mantenimento della quota capitaria quantomeno nel breve periodo.

Il decreto legislativo

Il testo della bozza di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario (uscito verso metà settembre 2010, in **Risorse**) **propende per l'applicazione del costo standard attraverso il metodo del costo pro-capite pesato (per classi di età) medio delle regioni benchmark** . Nel dettaglio l'articolo 3 è quello che determina i costi ed i fabbisogni standard regionali: le regioni benchmark sono quelle in equilibrio economico. Ed il fabbisogno standard? Secondo questo decreto, il fabbisogno standard corrisponde al fabbisogno finanziario derivante dall'applicazione del costo standard sui tre macro livelli (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera) tralasciando quindi l'ipotesi di fabbisogno standard quale verifica del livello quali-quantitativo delle prestazioni Lea.

...allora tanto rumore per nulla [13]?

Da un lato un approccio conservativo è forse necessario in una fase di start up in cui i flussi informativi sono ancora carenti. Dall'altro lato il dibattito che si è acceso può portare ad una modifica sostanziale da parte della conferenza Stato-Regioni successivamente e cioè nel momento in cui i costi standard entrano a regime come accennato nell'articolo 4 dell'ultimo decreto.

Inoltre, le simulazioni e gli scenari proposti dai vari studiosi hanno messo in luce le

differenze regionali in termini di efficienza e qualità (anche se possono essere discussi gli indicatori utilizzati per misurarle). di conseguenza, anche se costi standard, secondo gli approcci su dati analitici o aggregati, sembrano essere prematuri per l'allocazione delle risorse, forse sono utili per avviare il confronto sugli standard di efficienza, qualità e volumi, attraverso, ad esempio, sistemi di valutazione della performance. Infatti, le recenti dichiarazioni del Ministro Fazio sul tema dei costi standard confermano la volontà di mantenere, in qualche modo, un riferimento anche a parametri di performance.

Milena Vainieri. Laboratorio Management e Sanità. Scuola Superiore S. Anna, Pisa

Risorsa

Decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, settembre 2010. [[PDF: 94 Kb](#)]

Bibliografia

1. Garrison RH, Noreen EW. Programmazione e controllo - managerial accounting per le decisioni aziendali. Mc Graw Hill, 2004.
2. Crupi D, Lagostena A, Pasdera A. Costi standard ricoveri. Franco Angeli, 2008.
3. Cantù E. Buona codifica e costo standard. Presentazione al convegno "le nuove linee guida per una corretta codifica delle SDO della Regione Veneto" del 16 aprile 2010.
4. Mapelli V. [Equivoci da costi standard](#), Lavoce.info, 28.11.2008
5. Mapelli V. Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni. Politiche Sanitarie 2008; 8(1).
6. Cislighi C, Di Virgilio E, Morandi I, Tavini G. Come determinare e ripartire il fabbisogno: bisogni, consumi, costi. Monitor 2008; 22.
7. Arachi G, Mapelli V, Zanardi A. [Prime simulazioni del sistema di finanziamento e di perequazione di regioni e Comuni previsto dalla legge delega sul federalismo fiscale](#). Short note 2009, n. 4.
8. Muraro G. [Un federalismo da avviare subito](#). Lavoce.info 19.12.2008
9. Tardiola A. Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare. La Rivista delle Politiche Sociali 2008; 3.
10. Cislighi C. La chimera dei costi standard annega nei dati. Il Sole 24 ore Sanità, 25 agosto-14 settembre, 2009.
11. Pammolli F, Salerno N. Benchmarking Tra Sistemi Sanitari Regionali: Evidenze Per Decidere. Short note 2010; n.8
12. Moirano F, Cislighi C. La differenza la fa il bisogno di prestazioni, in « Il Sole 24 ore Sanità, 5 maggio -11 maggio 2009.

13. Bordignon M, Dirindin N. [Costi standard: nome nuovo per vecchi metodi](#). Lavoce.info
28.09.2010